# Accouchement normal en présentation du sommet Q158

*Monitoring fœtal Travail Délivrance*

- **Signe fonctionnel unique** : **douleur.** L'existence d'un autre signe fonctionnel signe une autre cause associée.
- **3 éléments cliniques** importants :
  - Les **contractions**
  - Etat du **col** et des **membranes**
  - Caractères du **liquide amniotique**

## *Début du travail*

- **SUSPISCION DEVANT**
  - **CU**[Q] de + en + **fréquentes**, **régulières**[Q], **intenses**, **douloureuses**[Q] => tocographie : intensité, tonus utérin, nb
  - Elimination du bouchon muqueux (mais peut survenir bien avant le début du travail[Q])
  - Parfois, rupture prématurée des membranes[Q]
- **DIAGNOSTIC DE CERTITUDE : Modifications objectives du col** [Q] au TV entre 2 examens
  - longueur, épaisseur, perméabilité et position par rapport au centre du pelvis

=> **raccourcissement – effacement – dilatation**

## *CAT*

- **HOSPITALISATION DANS UN SERVICE OBSTETRICAL**
- **EXAMEN MATERNEL ET FŒTAL**
  - **Mère** : TA, recherche de sucre et albumine dans les urines, palpation de l'abdomen
  - **Fœtal** : bruits du cœur fœtal
  - **TV :** présentation (céphalique le plus svt), col
  - La poche des eaux est plate
  - **Amnioscopie** : couleur du liquide amniotique, quantité ; CI si Placenta praevia

  **Sans attendre il faut transférer la patiente en salle de travail**
- **SURVEILLANCE = PARTOGRAMME (MEDICOLEGAL)**
  - **Enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines**
    - **RCF**
      - **Normal** : **120 - 160**/min[Q], tracé **oscillant** (oscillat° d'amplitude modérée ou augmentée : de **10 à 25BPM**), **sans modifications** du rythme **pendant** les **CU** y compris pdt la période d'expulsion. Tracé doit durer au moins 45 min.
      - **Tracé pathologique** signant une **SFA**:
        - Tracé de base **peu oscillant** (**< 10** BPM) **ou plat** (**<2** BPM) en l'absence de BZD cz la mère
        - **Variation du rythme lors des CU** (DIP I et II) ou parfois indpdte des CU
          - DIP **I : Ralentissement précoce** : profond et répétées à chaque CU
          - DIP **II : Ralentissement tardifs : décalés par rapport aux CU, remontée lente**
    - **CU** par tocographie externe ou interne (pas de rapport étroit entre intensité des Dl et intensité des CU)
      - **T.externe** (non invasive mais l'intensité des CU non analysée) **T. interne** (invasive mais l'intensité des CU, P° du LA**,** tonus de base st accessibles : elle sera indiqué en cas de dystocie dynamique)
      - **Normal : Tonus de base** (ligne de niveau minimum qui varie entre 4-10 mm Hg), **Amplitude de la CU** ou intensité (entre max et ligne de base), **fréquence des CU** (par convention, nbre de CU par 10 mn) la freq moy est de 3 à 4 / 10 mn soit 1 ttes les 3 min et augmente jusqu'à la délivrance (5 ~ 7 / 10 min), **durée des CU** (40-60 sec), **durée des repos compensateurs** (utérus souple entre les contractions)
      - **Hypocinésie :** les 2 paramètres st corrigeables par les ocytociques
        - De fréquence (< 1 par 10 min) = utérus surdistendus (gemellaires, gdes multipares, macrosome)
        - D'intensité (P° < 20-30 mmHg). Les 2 types st associées au cours d'un travail dystocique.
      - **Hypercinésie :** de fréquence (> 5-6 par 10mn) d'intensité (> 80 mmHg)
      - **Hypertonie :** C'est le relachement insuffisant entre 2 CU avec élévation du tonus de base > 20 mmHg
  - **TV** (toutes les heures)
  - **Poche des eaux :** rupture spontanée ou provoquée, couleur, quantité du liquide amniotique
  - **Etat du col :** dilatation, position, longueur, consistance
  - **Présentat° :** caractéristiq (type, hteur : mobile, fixée, engagée et posit° du repère : schéma =>lambda, nez, menton)
  - **Etat général :** comportement de la parturiente, pouls, TA, t°, monitoring
  - **Prescriptions réalisées**
- **LUTTE CONTRE LA DOULEUR**
  - **Acupuncture**, **Antispasmodiq**, Analgésiques non morphiniques, Dérivés morphiniques : **Nubain**, **Péridurale**

  => objectifs : régularisation des CU, indolores, sans retentissement néfaste sur foetus

**D/G** :
définie par rapport à la position du repère , ici lambda par rapport à la ligne médiane
**Ant/post** :
définie par rapport au diamètre oblique transverse

# *Phénomènes mécaniques*

- **OIGA : 65 % (LA + FRQTE[Q]) = occipito iliaque gauche antérieure**
  - **Situation de départ**
    - **Inspection** : Utérus développé ds un gd axe longitudinal
    - **Palpation** : Dos à gauche[Q], siège au fond de l'utérus[Q] (+ mou et + gros que la tête), reliefs des membres à droite, sillon du cou à gauche, saillie de l'occiput à gauche, saillie du front à droite
      Tête ± sutures/fontanelles percus au TV moulées ds le segment inferieur de l'utérus (isthme) ; le col étant encore long (2-3 cm), posterieur et fermé = non dilaté
      Après dilatation du col : lambda en haut et à gauche du bassin maternel
    - **Auscultation** : BDCF à gauche[Q] et en dessous de ombilic[Q]
  - **Phénomène d'accomodation**
    - **Orientation de la tête** : D'une position indifférente vers une orientation **oblique G** : occiput vient en avant contre l'éminence iliopectiné G, la face vers le sinus sacroiliaque D.
    - **Amoindrissement** : Avt le franchissement du détroit superieur, la tête est en position indifférenciée => **diamètre occipitofrontal** (13,5 cm). Sous l'influence des C.U., flexion de la tête pr atteindre un **diamètre sous occipitobregmatique** (= 9,5 cm).
      - Possible **modelage de la tête** par chevauchement des sutures : signe d'alarme ! ! !
  - **Engagement**
    - **Franchissement du plan du détroit supérieur par la tête[Q]**++++ (partie la + volumineuse de la présentation)
    - Diagnostic : clinique : **signe de Farabeuf** (2 doigts introduits dans le vagin dans le plan sagittal sous la symphyse et dirigés vers la 2ème pièce sacrée sont arrêtés par la présentation)
      - **Faux positif :** en cas de bosse séro-hémorragique
      - Possible **aide diagnostique par un palper abdo-TV** : saillie du front + dépression de la nuque disparaissent et moignon de l'épaule s'abaisse à moins de 7 cm de la symphyse s'il est engagé.
  - **Descente**
    - Ss l'effet des C.U., progression vers l'excavation :
      - **Engagement au plan moyen** : les bosses pariétales au niveau des épines ischiatiques
      - **Engagement au plan inferieur** : ' ' ' ' ' ' ' ' au niveau des tubérosités ischiatiques
  - **Rotation dans l'excavation**
    - Rotation de la tête tjs ***EN AVANT*** lors de la déscente qui fait coincider le diamètre sous occipitobregmatique, oblique initialement à une ***position antéroposterieure*** => présentation lors du dégagement devient ***occipito-pubienne***[Q]
      - **OIGA : rotation de 45 ° de la G vers la D**
      - La rotation en arr de façon générale est exceptionnelle => variété occipitosacré.
    - Rotation effectuée grâce à la tonicité des M.releveurs de l'anus et à l'orientation particulière de ces faisceaux.
  - **Dégagement de la tête**
    - Franchissement du plan du détroit inferieur
    - **Ampliation du périnée posterieur**
    - **Déflexion progressive de la tête** = la région sous occipitale faisant pivot sur la symphyse pubienne
    - Franchissement de l'orifice vulvaire = **expulsion**
    - Elle se fait ***à dilatation complète, mb rompues*** (cf infra) sous l'impulsion des C.U. et des efforts expulsifs par contraction des m.abdominaux (à raison de 3 par contractions en moy). Ces efforts st naturels mais les séances de préparation à l'accouchement permettent de mieux se préparer et de mieux comprendre les demandes de l'obstétricien.
    - **INTERVENTION de l'accoucheur** : 2 doigts sur la nuque et 2-3 sur le front permettent la maitrise de la déflexion qui ne doit pas etre trop rapide. C'est le moment où il existe un risque maximal de déchirement du périnée. Pour certains réalisation d'une **épisiotomie** systématique chez la primipare (pr d'autres au S d'alarme : blanchiment du périnée)
  - **Engagement et dégagement des épaules :**
    - Au moment du dégagement de la tête, les épaules st posées sur le détroit superieur. nécessite d'un mvt combinant :
      - **Orientation** : oblique D pr le détroit sup puis antérosup pr le passage des releveurs ; l'épaule D venant sous la symphyse.
      - **Traction** vers le bas afin de réaliser l'engagement, la descente et la rotation puis traction vers le ht pr faire le dégagement.
    - Ces mvts st assurés en plaçant 2 doigts sur les mastoides et 2 doigts allongés sous les branches mandibulaires.
    - Le risque : élongation du plexus brachial du NN par traction cervicale.

**NB :** Le passage du thorax fœtal ds le petit bassin vide l'arbre respi de ces sécrétions et facilite l'oxygénation des alvéoles lorsque l'enfant est à l'air libre.

- **OIDP : 30 %** (occipito iliaque droite postérieure) => caratéristiques :
  - Présentation longitudinale avec ***dos à D***, reliefs des membres à Gauche, sillon du cou à D, saillie de l'occiput à D, saillie du front à G. ***BDCF à Dte et en dessous de ombilic.***
  - Le segment inferieur est épais avec sutures rarement perçues au travers.
  - Après dilatation du col : lambda en bas et à Dte du bassin maternel avec possibilité de voir le bregma en ht à G du fait du défaut de flexion de la tête ds cette présentation.
  - Engagement céphalique + long du fait du défaut de flexion ; Rotation de 135 ° de la D vers la G lors de la descente voire meme en arrière ou pas de rotation.
  - Dégagement idem si tête en OP que pr OIGA, l'épaule G venant alors ss la symphyse. En cas de présentation OS, l'épisiotomie est svt indispensable et le mvt est + complexe. Nécessite + svt une aide instrumentale.
- **OIGP > > OIDA : peu fréquentes**

# *La poche des eaux*

- **Définition :**
  - Portion des Mbs (amnios et chorion) du pôle inf de l'œuf qui occupe la surface de dilatation.
- **Evolution :**
  - Les mbs ne peuvent suivre la dilatation cervicale : elles vont alors se décoller et faire une saillie +/- marquée ds le col dilaté
  - + la présentation est eutocique et le segment inferieur bien distendu, + la poche des eaux est plate.
  - Rupture de la poche :
    - **Rupture tardive** à dilatation complète pr poches plates = rupture tempestive
    - **Rupture précoce** à dilatation incomplète pr poches bombantes
    - Différent des ruptures prématurées qui st avt le début du travail.

# *Déroulement du travail normal et délivrance*

- **PDT LE TROISIEME TRIMESTRE**
  - **Ampliation** (= distension) du segment inferieur (= isthme) qui s'amincit : surtt pr OIGA. Elle permet une parfaite transmission des C.U. du fond de l'utérus au col.
- **1IERE PHASE DU TRAVAIL**
  - **Effacement** = incorporation du col ds le segment inferieur : raccourcissement du col pr ne laisser que l'orifice externe.
  - **Dilatation du col** = formation d'un canal utérovaginal sans obstacle.
  - Ces 2 phases durent environ ***7 à 10 h chez la primipare***. Elles st ***parfois concommittentes*** chez la multipare.
  - **Svt dilatation et effacement st synchrone de la descente et de la rotation**.
  - **Moyens d'intervention sur la dilatation en cas de dystocies dynamiques:**
    - Rupture artificielle de la poche des eaux (!! risque de procidence du cordon si présentation haute !!)
    - Utilisation d'ocytocique : ocytocine Syntocinon® ; PG E2 (cytotec®)
    - Péridurales : relâchement des résistances cervicosegmentaires
- **2IEME PHASE DU TRAVAIL**
  - **Dilatation complète du col** (accouchement) : maximale à **10 cm**.
  - Elle est svt concommittente avec l'engagement profond de la tête (**détroit moyen)**
- **3IEME PHASE DU TRAVAIL**
  - **Clampage du cordon + section du cordon**
    - Ne jamais tirer sur le cordon[Q]
  - **Délivrance :**
    - **1ière phase** : immédiatement après l'accouchement pdt 5 à 15 min, phase de rémission avec sensation de bien être et frissons.L' hémodynamique est stable. L'utérus est ferme, dur, rétracté en sous ombilical, pas de saignement vulvaire.Il s'agit de la phase de ***décollement placentaire.***
    - **2ième phase** : réapparition de C.U. moins intenses correspondant à la ***migration placentaire*** qui est en outre favorisé par le propre poids du placenta et l'hématome rétroplacentaire qui s'est constitué. Le fond utérin remonte en sus ombillical svt dévié vers la Dte. Des saignements apparaissent à la vulve. C'est le déplissement du segment inferieur qui est responsable de cette remontée = le placenta est alors en position vaginale.
    - **3ième phase** : ***Expulsion du placenta ou délivrance « naturelle »*** : Exercer une poussée abdo sur le fond utérin en maintenant le cordon => exteriorisation du placenta puis déplissement du segment inferieur par une main abdo et on peut tresser le placenta en le tournant sur lui même : cela évite les rétentions de mbs.
    - **Hémorragie < 500 cm3 (< 30 min) => délai dans lequel doit se faire la délivrance normale[D] .**

- **Examen du placenta** : de la face fœtale (vx) et maternelle (cotylédons), **si anomalie : révision utérine**[Q]

- **Examen du nouveau-né, 1ers soins**
  - Sécher, aspirer, réchauffer
  - Apgar
  - Vérif perméabilité choanes, œsophage
  - Recherche de malformation
  - Contrôle de l'hémodynamique (FC, TRC) et adaptation cardio-respiratoire (Silvermann)
  - Désinfection oculaire, vitamine K
  - Mensurations, pesée

- **Ne pas confondre la délivrance naturelle avec :**
  - **Délivrance spontanée** : aucune intervention du personnel, elle est rare et très tardive
  - **Délivrance artificielle** : introduction de la main ds les voies génitales pr décliver d'abord puis extraire le placenta s'il n'y a pas de décollement.

## *Après délivrance*

- **Suture épisiotomie / déchirure s'il y a lieu**
- **Vérification du globe utérin :** globe de sécurité (hémostase)
- **Surveillance de l'écoulement sanglant vulvaire au moins 2 h en salle d'accouchement**
- **Mise au sein en salle d'accouchement si allaitement maternel après avoir lavé + habillé le nouveau-né**

*Source : Fiches Rev Prat, QCM Intest 2000, Cours Fac*